

# 鎮静下（セデーション）大腸内視鏡検査を受けた患者の実状調査

～帰宅判定スケール作成に向けての取り組み～

Keyword：大腸内視鏡法 消化器内視鏡 鎮静下検査（外来看護） 覚醒評価 鎮静（身体的影響）

中央内視鏡・超音波・輸血部 ○西川 美紀 坂田 幸代

## I. はじめに

近年、内視鏡領域は、さまざまな内視鏡手技の進歩とともに、単に検査だけでなく治療分野でも普及してきているため、所要時間が長くなる傾向にある。特に全大腸内視鏡検査（以下 TCS）では、挿入時の苦痛も多く患者の苦痛も大きくなりがちである。

「安全で苦痛のない内視鏡検査を」という患者のニーズも高まり、安全かつ正確な検査を提供する目的で、内視鏡部では外来 TCS を受ける患者に、ジアゼパムとペンタゾシンを併用した意識下鎮痛・鎮静法（以下 SD）を施行している。SD は様々な副作用が出現することから帰宅には十分な配慮が要される。しかし、SD 後の覚醒・回復状況を判断する基準はないため、薬剤の作用時間等から検査終了後 30 分間安静とし、特に問題がなければ帰宅可としているが、帰宅判断の統一性が図れていないのが現状である。

今回、帰宅途中に気分不良を訴え再受診をする事例が数件と、他部門で帰宅途中の患者が転倒するインシデントが 1 件報告された。

内視鏡分野では一般に、外来 SD 下 TCS における帰宅判定基準ガイドラインは定められていない。竹内<sup>1)</sup>らの先行研究では、「判定マニュアルにより評価基準を定めたことで、検査介助の手順が統一され、リスクマネジメントの認識が高まった」と述べている。

このことから、SD 後の回復状況の判断指標となる帰宅判定スケールを作成することで、患者の安全性の確保とリスク回避に繋がるのではないかと考えた。そこで、まず、第一段階として外来 SD 下 TCS を受けた患者の実状調査を行うことで、帰宅判定スケールを作成するにあたり、指標となる観察項目が示唆されたので報告する。

## II. 目的

外来 SD 下 TCS を受けた患者の実状調査を行う有症状を明確にする事で、今後帰宅判定スケール作成の基礎的資料とする。

## III. 研究方法

### 1. 調査期間

2012 年 10 月 9 日～11 月 16 日

### 2. 調査対象

外来 SD 下 TCS を受けた患者 125 名の内本研究に協力、同意を得た 75 名。（緊急は除く）

### 3. 調査方法

薬剤の添付文書・文献・先行研究による SD 後の回復スコアを参考に、予測される SD の薬効・随伴症状を抽出し、①検査終了直後②床上安静 30 分後が比較評価できるように、簡易チェックリストを作成し、帰宅延長の理由・退出時間・バイタルサインを記載できる項目を設け、観察視点のばらつきが出ないよう自覚症状を主な判定基準とした。

さらに既存の問診票と経過記録用紙から、必要とされる情報収集を行った。得られたデータは単純集計後、クロス集計を用いて分析を行った。

#### 4. 倫理的配慮

問診時の個室を利用して、プライバシーを確保し、研究の目的・趣旨・個人情報の守秘義務・研究の参加は個人の自由意思である事を口頭と文書にて説明し、同意書に署名をもって同意を得た。尚、本研究は看護部看護研究倫理委員会の承認を得ている。

### IV. 結果

#### 1. 属性別・年代別単純集計

75名の患者のうち男性42名(56%) 女性33名(44%) 平均年齢62、9歳で60～70歳代が全体の67%を占めていた。

#### 2. 各観察項目内容

##### (1) 覚醒状態の確認方法

- 1) しっかり覚醒している(全覚醒)
- 2) 声掛けに返答あるが、ボーっとしている。(半覚醒)

##### (2) 逆行性健忘症状の確認方法

- 1) Q. 「検査中の出来事を覚えていますか？」の問いにて確認を行った。
  - ① 全てしっかりと覚えていた。
  - ② 大体覚えているが、部分的に忘れている。
  - ③ 全く覚えていなかった。

(3) 抽出した観察項目(あり・なし)で評価を行った。(図1～3項目参照)

直後と30分後を有症状別に比較すると、直後に最も多く認めた症状は腹部膨満感が33名で全体の44%を占め、30分後も同症状が13名と全体の17.3%であった。SDで重要となる覚醒状態では、直後の全覚醒者は64名と全体の85.3%を占めており、30分後には73名(97.3%)に全覚醒の傾向が認められた。(図1)

有症状を男女別に比較すると女性に症状が顕著に現れている傾向にあった(図2・3)。

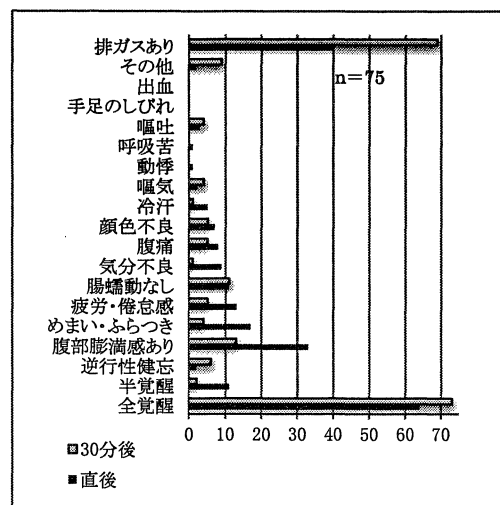


図1 直後と30分後の有症状

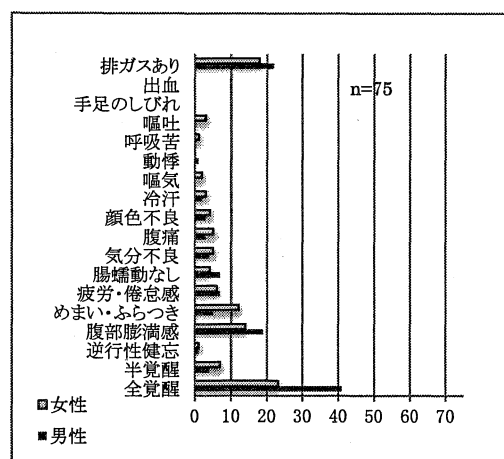


図2 直後の有症状 (男女別)

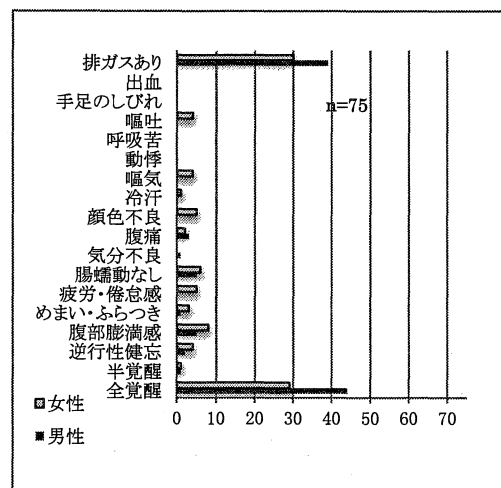


図3 30分後の有症状 (男女別)

更に年代別で多かった50～70歳代をクロス集計したところ、直後と30分後に最も多かった腹部膨満感は、直後では男性が70歳代が8名(47%)を占め、女性は60歳代が

4名(44.4%)・30分後では男性が60歳代3名(25%)・女性も60歳代が4名(44.4%)を占めていた(表1)。

(表1) クロス集計表

	全体 人数	年代別(男)			全体 人数	年代別(女)		
症状別 (直後)		50 代	60 代	70 代		50 代	60 代	70 代
全体人数	42	4	12	17	33	5	9	12
全覚醒	38	1	12	16	23	1	8	5
半覚醒	4	0	0	1	10	1	3	3
逆行性健忘	1	0	0	1	4	0	0	2
気分不良	4	0	1	1	0	0	0	0
疲労倦怠感	7	0	1	3	5	0	1	0
呼吸苦	0	0	0	0	0	0	0	0
動悸	1	0	0	0	0	0	0	0
顔色不良	3	1	1	0	5	0	2	1
嘔気	0	0	0	0	4	0	2	1
嘔吐	0	0	0	0	4	0	1	1
冷汗	2	1	0	0	1	0	1	0
腹痛	3	1	1	0	2	0	1	1
腹部膨満感	19	1	1	8	8	0	4	2
腸蠕動なし	7	2	1	2	3	0	1	1
めまいふらつき	5	1	1	1	3	0	2	1
排ガスあり	22	2	9	4	30	5	7	11
血圧変動	10	2	1	4	3	0	1	1
計	84	11	17	24	72	5	23	22
症状別 (30分後)	全体 人数	50 代	60 代	70 代	全体 人数	50 代	60 代	70 代
全体人数	42	4	12	17	33	5	9	12
全覚醒	42	1	12	17	32	5	9	11
半覚醒	0	0	0	0	1	0	0	1
逆行性	2	0	1	0	4	0	0	3
気分不良	1	0	1	0	0	0	0	0
疲労倦怠感	0	0	1	0	5	0	3	2
呼吸苦	0	0	0	0	0	0	0	0
動悸	0	0	0	0	0	0	0	0
顔色不良	0	0	1	0	5	0	1	3
嘔気	1	0	1	0	4	0	0	3
嘔吐	0	0	0	0	4	0	1	2
冷汗	0	0	0	0	1	0	1	0
腹痛	3	0	1	2	2	0	2	0
腹部膨満感	5	1	3	1	8	0	4	3
腸蠕動なし	3	1	1	1	3	0	1	1
めまいふらつき	1	0	1	0	3	0	2	0
排ガスあり	39	4	10	17	30	5	8	11
血圧変動	0	0	0	0	3	0	1	1
計	55	6	21	21	73	5	24	29

帰宅延長者の有症状を男女別で比較してみると、延長者は10名(13.3%)で9:1の割合で女性が9割を占めていた。同一者で複数症状を含めているが、延長の主な理由に、①疲労倦怠感 ②気分不良 ③嘔気が多く認められ、延長者の半数が70歳代であった(図4)。

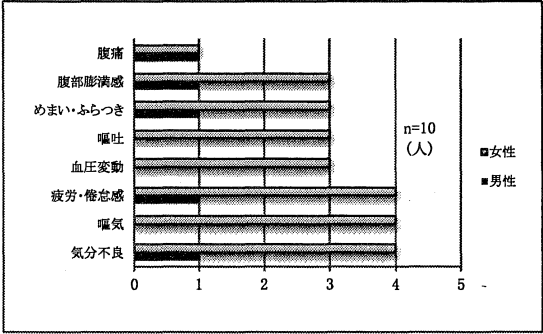


図4 帰宅延長者の有症状(男女別)

検査終了後30分で帰宅可となった患者のTCS平均所要時間は約36分に対し、延長者は約50分と長時間に及んでいる傾向にあり、さらに、全体の所要時間を30分単位で比較したところ、帰宅延長者の約7割が1時間以上要している傾向が認められた(図5)。

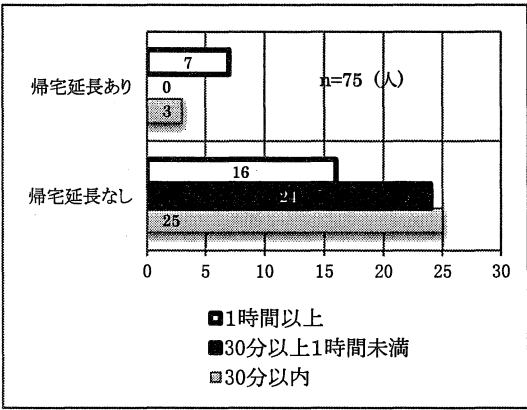


図5 TCS 所要時間

V. 考察

これらの結果から、その他随伴症状に伴う帰宅延長の要因として、①女性である ②迷走神経反射 ③検査の所要時間が長時間に及んでいる ④高血圧などの既往歴がある ⑤高齢である事が考えられる。ほとんどの患者が時間の経過と共に症状が改善傾向にあり、

比較的安全なSDが行われている事がうかがえ、30分の安静でほぼ帰宅できている。所要時間や年齢、属性等を考慮した安静時間の検討も必要であると考え。さらに、SDの副作用だけに着眼するのではなく、患者の背景も視野に入れたスケールの設定も必要であると考え。

また、評価方法についても患者の自己申告(自覚症状)のみで各々の看護師の判断で行ってきたが、それだけでは確実な評価が得られないことも考えられる。看護師の経験や知識によっては判断のばらつきが出てしまう恐れがある事からも、バイタルサイン測定をはじめとする帰宅判断指標となる判定スケールの活用は、検査前・中・後の患者の状態を把握し、比較・評価する上で重要であり、観察視点の統一と客観的評価が行えることが期待できると考える。

## VI. 結論

1. 今後、帰宅判定スケールを作成するにあたり、評価の指標となる観察項目が示唆された。
2. SDにおける副作用症状は女性に顕著に現われている傾向にあることが分かった。しかしながら、SDの副作用だけが帰宅延長の要因とは限らないことが示唆された。
3. 随伴症状についてもSDだけが直接的要因でないことも示唆された。
4. 今後は、作成したスケールを来年度から試行し、内視鏡部独自の帰宅判定基準が、患者の安全性の確保と、リスク回避の一助となり得たのかの評価を行い、内視鏡スタッフのリスクマネジメント認識の向上に繋がっていきたいと考える。

## 引用文献

- 1) 竹内克由ほか：セデーション後覚醒確認の検討～回復スコア表による覚醒評価を実施して～、日本内視鏡技師学会報、第41号、P69-71, 2008

## 参考文献

- 1) 八嶋真理子ほか：大腸内視鏡検査における鎮静剤使用後の安全性を考える、日本内視鏡技師学会会報、第43号
- 2) 峰 徹哉：安全なセデーションのすすめ(安全な内視鏡のためのセデーションとその管理)、消化器内視鏡、vol 19, No2, P140-145, 2007
- 3) 松平美貴子ほか：全大腸内視鏡検査後の症状調査からみた内視鏡指導施設における安全な内視鏡検査とは、日本内視鏡技師学会報、第45号、P42-44, 2010
- 4) 荒川廣志ほか：安全なセデーションのすすめ、セデーション薬剤の種類～その作用機序と選択法(拮抗薬も含めて)～、消化器内視鏡、vol 19, No2, P161-169, 2007